780

ABSCESSO EM VENTRÍCULO ESQUERDO – UM CASO RARO NA LITERATURA.

GUSTAVO A K MASSARI, NATHAN G ANDRIANI, CARLA D SOFFIATTI e MURILLO O ANTUNES

Universidade São Francisco, Bragança Paulista, SP, BRASIL.

Palavras-chave – endocardite infecciosa, abscesso ventrículo esquerdo, choque septico. **Metodologia –** Relato de caso. **Introdução / Objetivo –** relatar um raro caso em literatura de choque séptico causado por abscesso apical em ventrículo esquerdo. **Resumo –** paciente masculino, 56 anos, deu entrada em hospital terciário com quadro de choque séptico de foco indeterminado; encaminhado à unidade de terapia intensiva, em ventilação mecânica e uso de drogas vasoativas, submetido à antibioticoterapia empírica. No 5º dia de internação, evoluiu com quadro de embolizações sistêmicas, exteriorizada por necrose em 4º dedo da mão esquerda, infarto esplênico e microinfartos cerebrais, confirmados com tomografias de crânio e abdome. À investigação, o ecocardiograma transtorácico evidenciou uma massa ovalada hipodensa heterogênea de aproximadamente 2,2 x 3,2 cm em região apical de ventrículo esquerdo. A hemocultura revelou o crescimento de *Staphylococcus aureus*. Iniciada anticoagulação e mantido o tratamento antibiótico de amplo espectro, porém paciente não apresentou resposta favorável, mantendo-se instável hemodinamicamente para abordagem cirúrgica, evoluindo com disfunção de múltiplos órgãos e óbito no 18º dia de internação. Foi encaminhado ao serviço de verificação de óbitos, onde foi visualizada coleção organizada com conteúdo purulento em ápice de ventrículo esquerdo, compatível com abscesso. **Conclusões** – A presença de abscesso de ventrículo esquerdo como causa de embolizações em pacientes críticos com infecção não controlada deve sempre ser considerada dentre os diferenciais diagnósticos. Este é o primeiro caso descrito na literatura de massa ventricular secundário a abscesso.

781

Drenagem venosa pulmonar anômala parcial em mulher de 72 anos: um relato de caso

LUCAS M V SILVEIRA, MIGUEL GUS, FELIPE S TORRES e FLAVIO D FUCHS

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, BRASIL - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, BRASIL.

Introdução: Drenagem venosa pulmonar anômala parcial (DVPAP) é uma malformação congênita caracterizada pela falha na fusão do sistema venoso pulmonar embriológico com o átrio esquerdo. Sua prevalência encontra-se entre 0.1 e 0.7% da população. DVPAP tem como história clínica dispneia progressiva, contudo seu diagnóstico é raramente realizado em pacientes idosos. Essa malformação pode afetar uma ou mais veias pulmonares, porém sem acometer todas. Drenagem diretamente ao átrio direito ou para uma das veias sistêmicas são as apresentações mais comuns da doença. DVPAP foram associadas com defeitos do septo atrial do tipo seio venoso; todavia, o diagnóstico de DVPAP isolada é um achado não usual. DVPAP são consideradas anomalias benignas, mas já se descreveu doença vascular obstrutiva pulmonar em associação a DVPAP. Pacientes com essa malformação podem apresentar expectativa de vida reduzida. **Relato de Caso:** Trata-se de paciente do sexo feminino, com 72 anos de idade, hipertensa com tratamento otimizado, a qual se apresenta com queixa de dispneia progressiva ao longo dos últimos 2 anos. Ao exame físico, a paciente não apresentava nenhuma alteração, a exceção de um sopro mesossistólico 2+/6 auscultado sobre a área mitral. Ecocardiograma transesofágico revelou dilatação das câmaras cardíacas direitas e pressão sistólica da artéria pulmonar de 58mmHg. Havia foramen oval patente com shunt não correspondente a magnitude da hipertensão pulmonar. Angiotomografia computadorizada pulmonar identificou DVPAP ligando veia do lobo superior direito à veia cava superior. Foi tratada com sildenafil, referindo melhora significativa da dispneia. **Conclusões:** O caso apresentado demonstra que se deve aumentar o grau de suspeição de DVPAP em idosos com dispneia moderada de longa data, sem explicação por cardiopatias mais frequentes. O achado ecocardiográfico de hipertensão pulmonar e shunt intra-cardíaco que não corresponde ao grau de elevação da pressão da artéria pulmonar requer avaliação por imagem a fim de confirmar o diagnóstico.

782

ALTERAÇÕES CARDÍACAS MORFOLÓGICAS EM PACIENTE ASSINTOMÁTICO COM DOENÇA DE CHAGAS

LUANA PRISCILA GOMES DOS SANTOS, JOAO PAULO DE FREITAS, TIAGO DINIZ GURGEL e THAISA ALLYA ALMEIDA E SOUSA

Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Mossoró, RN, BRASIL.

Introdução: A doença de Chagas é uma parasitose causada pelo *Trypanosoma cruzi*, podendo se apresentar nas formas aguda ou crônica. A fase aguda antecede em 4 a 8 semanas a fase crônica, sendo essa clinicamente dividida em indeterminada, cardíaca, digestiva ou cardiodigestiva. As repercussões cardiovasculares mais comuns da infecção crônica são cardiomiopatia dilatada, fibrose intersticial, insuficiência cardíaca e morte. **Descrição do Caso:** W.S.S., 26 anos, masculino, procurou o Ambulatório de Doença de Chagas (ADOC) da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte após doação de sangue, na qual foram identificadas 3 sorologias reagentes por métodos diferentes para doença de Chagas. Apresentava-se assintomático, sem comorbidades. Realizava atividade física diária intensa. À ausculta cardíaca: ritmo cardíaco irregular, em dois tempos, apresentando 12 batimentos anômalos em 1 minuto. Eletrocardiograma: alteração da repolarização ventricular anterolateral. Holter 24h: 4.505 arritmias ventriculares isoladas, das quais, 530 bigeminismos; 9 taquicardias ventriculares não sustentadas; 2.310 pausas maiores que 2 segundos. Ecocardiograma: aumento moderado de câmaras esquerdas com aneurisma de ponta; alteração da contratilidade segmentar com repercussão; disfunção sistólica moderada do ventrículo esquerdo; fração de ejeção em 44%. Foi diagnosticado doença de Chagas crônica, forma cardíaca, apresentando 4 pontos no escore de risco de acidente vascular encefálico (4,4% de risco) e 8 pontos no escore de Rassi (risco intermediário). Iniciado tratamento etiológico para doença de Chagas (benzonidazol 300 mg/dia por 80 dias), tratamento da arritmia (amiodarona) e da insuficiência cardíaca (losartana, caverdilol e espironolactona). A introdução da varfarina foi postergada devido ao paciente estar realizando tratamento odontológico. Orientado a reduzir intensidade da atividade física. Após 5 meses paciente retornou sem sintomas, adaptado à terapêutica instituída. À ausculta cardíaca: ritmo cardíaco regular, em 2 tempos, sem presença de batimentos anômalos. **Conclusão:** Apesar de o paciente mostrar-se assintomático, exames complementares evidenciam alterações cardíacas importantes que podem repercutir em graus relevantes de insuficiência cardíaca e arritmias, inclusive com evolução para óbito.

783

Comunicação de aorta com ventrículo direito congênita: um relato de caso

NÁGILA SIMON ZIEBELL, FERNANDA BRANDS, MARLON RUBINI TOAZZA e VICTORIA ACCIOLY RUSSOWSKY

Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, RS, BRASIL.

INTRODUÇÃO: A comunicação de aorta com ventrículo direito (VD) é um defeito raro da parede aórtica na área acima da cúspide do seio coronário direito. Frequentemente está associada com trauma ou endocardite infecciosa, sendo a forma congênita extremamente rara. Acredita-se que menos de 0,1% seja causado por malformação congênita, sendo a verdadeira incidência desconhecida. Costuma apresentar-se com dor em tórax e abdôme superior com proeminente sopro esternal. A pressão aórtica, por ser superior, leva a uma sobrecarga no VD e na artéria pulmonar, causando também congestão pulmonar, dispneia e insuficiência cardíaca congestiva. Isso pode precipitar curso fulminante e morte precoce na maioria dos pacientes. O diagnóstico é clínico e ecocardiográfico, e o manejo depende da apresentação clínica e da presença ou não de hipertensão pulmonar, sendo o fechamento cirúrgico o padrão ouro de tratamento, embora o procedimento percutâneo seja uma boa opção, visto a alta mortalidade da cirurgia aberta. DESCRIÇÃO DO CASO: Paciente feminina, 37 anos, previamente hígida, internou para apendicectomia. Foi encaminhada à cardiologia para investigação de sopro 6+/6+. Na ausculta cardíaca apresentava ritmo regular, bulhas hiperfonéticas, sopro sisto-diastólico em todos os focos, mais intenso em pulmonar e aórtico acessório, com presença de frêmito. Ausculta pulmonar e sinais vitais estáveis, estável hemodinamicamente. História de sopro desde a infância, sem acompanhamento nem diagnóstico até o momento, apresentando sintoma apenas de dispneia aos médios esforços, com evolução gradual há aproximadamente 6 meses. Ecocardiograma transtorácico revelou comunicação de aorta com VD grande e com repercussão hemodinâmica. Sobrecarga de câmaras esquerdas, regurgitação aórtica de grau leve, regurgitação mitral de grau leve, regurgitação tricúspide de grau leve, função ventricular preservada. Presença de pertuito de seio de valsalva não coronariano não aneurismático, provavelmente congênito, colo proximal 12mm, com largo jato de shunt aórtico-ventricular direito, logo acima do folheto medial da valva pulmonar. Paciente recebeu alta com sinais vitais estáveis, deambulando e com encaminhamento ao ambulatório de cirurgia cardíaca. CONCLUSÕES: O que torna o caso interessante, além de sua raridade e escassos estudos sobre o assunto, é o tempo de sobrevida da paciente em questão, considerando o grande tamanho da fístula e as possíveis consequências na dinâmica cardiopulmonar.